

**Комісії з надання одноразової грошової
матеріальної допомоги Захисникам і
Захисницям України**

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

(адреса зареєстрованого місця проживання заявника у
Лисичанській міській територіальній громаді)

(адреса фактичного місця проживання заявника)

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати мені матеріальну допомогу до Дня пам'яті захисників
України, як батьку/матері загиблого (померлого) Захисника (Захисниці)
(необхідне підкреслити)

(зазначити прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) загиблого (померлого) Захисника (Захисниці))

До заяви додаю:

(дата)

(підпис)

ЗГОДА
на збір інформації та обробку персональних даних

Я, _____ шляхом підписання цього тексту, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», надаю згоду Лисичанській міській військовій адміністрації Сіверськодонецького району Луганської області та її структурним підрозділам, на збір, обробку та зберігання моїх особистих даних у картотеках та/або за допомогою інформаційно-пошукової системи обліку звернень громадян з метою її обробки згідно Закону України «Про звернення громадян».

(дата)

(підпис)